

移送承認申請書

被保険者氏名		被保険者の記号・番号	
		-	
療養者氏名		生年月日	昭平 年月日
電話番号		性別 男・女	続柄
医療機関名及び所在地		入院又は自宅療養の別	傷病の原因
医師の証明	傷病名	発病年月日	平成 年 月 日
	移送を必要とする期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	移送を必要とする理由		
	住所 平成 年 月 日 医師氏名	(印)	
移送の区間及び方法			
事前に申請をすることができなかった場合にはその理由			
<small>マイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載して下さい。当健保にマイナンバーの届出がない方は、マイナンバーカード(両面写)を添付して下さい。なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、通知カード(写)またはマイナンバー付きの住民票と運転免許証等の顔写真付きの身分証明(写)を添付して下さい。 <input type="checkbox"/>マイナンバー記載の本申請書提出を事業主へ委任します。(事業主経由にて申請の場合、レ点)</small>			
備考			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">中部アイティ産業健康保険組合理事長 殿</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者住所 (申請者) 氏名 (印)</p>			
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>〰 受付日付印</p> <p style="text-align: right;">事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 (印)</p>			

(注) 1. 「医師の証明」欄は、医師に記入してもらってください。
 2. 事前に申請することができなかった理由は、具体的に詳しく書いて下さい。